

■ Artigo Original

Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança

*Evaluating comprehensiveness in children's healthcare**Evaluación del atributo integralidad en la atención a la salud del niño*Suênia Gonçalves de Medeiros Diniz^aSimone Soares Damasceno^bSimone Elizabeth Duarte Coutinho^cBeatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso^dNeusa Collet^c**Como citar este artigo:**

Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e57067. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.57067>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a presença e a extensão do atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Método: Estudo avaliativo, transversal, quantitativo, com 344 familiares de crianças, realizado em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB. Os dados foram coletados por meio do PCATool Brasil – versão criança e analisados à luz da estatística descritiva e exploratória.

Resultados: Observou-se que o atributo integralidade não obteve escores satisfatórios nas duas dimensões avaliadas, a saber, serviços disponíveis e serviços prestados. Os baixos escores obtidos revelam que o atributo não possui a extensão esperada para um serviço de Atenção Primária à Saúde e apontam para aspectos que requerem mudanças.

Conclusão: Registra-se a necessidade de reestruturação dos serviços, buscando articulações intersetoriais na oferta da atenção à saúde da criança e a valorização das relações entre profissionais e usuários a fim de promover uma dimensão cuidadora efetiva e integral.

Palavras-chave: Integralidade em saúde. Atenção primária à saúde. Saúde da criança. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence and extent of comprehensiveness in children's healthcare in the context of the Family Health Strategy.

Method: Evaluative, quantitative, cross-sectional study conducted with 344 family members of children at the Family Health Units of João Pessoa, PB, Brazil. Data were collected using the PCATool Brazil – child version and analysed according to descriptive and exploratory statistics.

Results: The attribute of comprehensiveness did not obtain satisfactory scores in the two evaluated dimensions, namely “available services” and “provided services”. The low scores reveal that the attribute comprehensiveness is not employed as expected in a primary care unit and points to the issues that must be altered.

Conclusion: It was concluded that the services should be restructured to ensure cross-sector performance in the provision of child care. It is also important to improve the relations between professionals and users to promote comprehensive and effective care.

Keywords: Integrity in health. Primary health care. Child health. Health services evaluation.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la presencia y extensión del atributo integralidad en la atención a la salud del niño en la Estrategia Salud de la Familia.

Método: Estudio evaluativo, transversal, cuantitativo, con 344 familiares de niños en Unidades de Salud de la Familia de João Pessoa-PB. Recogemos los datos a través del PCATool Brasil – versión niño y analizados a la luz de la estadística.

Resultados: Observamos que el atributo integralidad no obtuvo escores satisfactorios en las dos dimensiones evaluadas, servicios disponibles y servicios prestados. Los escores obtenidos revelan que el atributo no tiene la extensión esperada para un servicio de Atención Primaria a la Salud y muestran aspectos que requieren cambios.

Conclusión: Registramos la necesidad de reestructuración de los servicios, buscando articulaciones intersectoriales en la oferta de la atención a la salud del niño y la valoración de las relaciones entre profesionales y usuarios promoviendo una dimensión cuidadora efectiva e integral.

Palabras clave: Integralidad en salud. Atención primaria de salud. Salud del niño. Evaluación de servicios de salud.

^a Secretaria Municipal de Saúde de Alagoa Grande, Coordenação de Atenção Básica. Alagoa Grande, Paraíba, Brasil.

^b Universidade Regional do Cariri, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

^c Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

^d Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia e Saúde. Cascavel, Paraná, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Entende-se por atributo “aquilo que é próprio ou peculiar de alguém ou alguma coisa, condição, propriedade, qualidade, sinal distintivo ou símbolo”⁽¹⁾. A integralidade é uma característica própria, isto é, definidora de um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), portanto, um atributo essencial da APS⁽²⁾.

Vários esforços vêm sendo empreendidos na compreensão dos sentidos da integralidade na atenção à saúde. Foram sistematizados três principais conjuntos de sentidos para o termo, a saber: ‘a integralidade como um traço da boa medicina’, ‘a integralidade como um princípio/modo de organizar as práticas de saúde’ e a ‘integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde’⁽³⁾.

Na primeira significação o uso do termo é defendido como valor nas práticas/attitudes dos profissionais de saúde, que se expressa na forma como estes respondem às necessidades das pessoas atendidas, a partir das suas singularidades⁽³⁾. Valoriza-se a relação estabelecida entre profissionais e usuários entendendo que é necessário ir além da aplicação exclusiva dos saberes disciplinares. Na segunda assimilação, a integralidade encontra-se associada à necessidade de horizontalização e maior abrangência dos programas e políticas de saúde, assim como incorporação das práticas preventivas e assistenciais por um mesmo serviço e articulação de todos os níveis de atenção, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde e, no terceiro sentido, a integralidade é vista na perspectiva da construção de políticas de saúde capazes de responder a problemas de saúde que atingem determinados grupos populacionais de forma ampliada, a exemplo de políticas voltadas à saúde de crianças.

A produção de conhecimento sobre o atributo integralidade na APS, especificamente na atenção à saúde da criança, revela que há condições limitadoras para sua efetivação nesse âmbito de saúde, a saber, estruturas políticas, institucionais, físicas e gerenciais, com destaque à insuficiência de recursos na APS, à falta de insumos, em especial, de medicamentos. Além disso, há que se considerar os aspectos relativos à inadequação na estrutura física das unidades, as características profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, incluindo o perfil, o processo de trabalho e os valores que estes escolhem para desenvolver as práticas de cuidado⁽⁴⁾.

Estudo comparativo⁽⁵⁾ entre serviços de APS mostrou que a Estratégia Saúde da Família (ESF) em comparação a Unidades Básicas de Saúde (UBS) obteve melhor avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança.

Assim, a ESF parece caminhar no sentido de tornar-se um serviço adequado, isto é, de acordo com seus atributos ordenadores. Contudo, para que esse sistema funcione, é necessário incrementar o financiamento, dada a instabilidade de recursos em nível municipal. O mesmo estudo⁽⁵⁾ aponta, ainda, a formação do profissional de saúde como um nó no processo de garantia da integralidade, visto que a educação em saúde ainda se desenvolve em uma perspectiva puramente clínica e no paradigma biomédico.

Esse enfoque dificulta a relação entre profissional de saúde e família, gerando dificuldades na compreensão do diálogo entre os envolvidos no cuidado e, muitas vezes, a negação dos conhecimentos advindos dos usuários, aspecto este também observado em estudo a respeito da consulta de Enfermagem e prática da integralidade⁽⁶⁾, o qual evidenciou, na consulta tradicional, o predomínio de comunicação de caráter normativo, informativo, investigativo, limitando a autonomia dos sujeitos do cuidado e a possibilidade do estabelecimento de um diálogo.

Esses achados são corroborados por pesquisa⁽⁷⁾ que analisou se o ensino da saúde da criança incorpora o princípio da integralidade na formação de enfermeiros. As evidências mostraram que há contradição entre o que se propõe e o que se efetiva na prática, pois o ensino é fragmentado, sem integração entre disciplinas, teoria dissociada da prática e ensino prático pontual que comprometem a incorporação da integralidade no ensino da saúde da criança.

Esse contexto evidencia a necessidade de avaliar os serviços de saúde quanto à presença do atributo em questão, visto que a efetivação da integralidade como rotina nas práticas de cuidado ainda se configura como desafio para os serviços de APS.

Os estudos de avaliação de serviços de saúde são indispensáveis à compreensão do seu funcionamento, processo de trabalho e resultados obtidos, permitindo, assim, a apreensão da qualidade, isto é efetividade do serviço prestado. Quanto aos serviços de APS, é reconhecida a necessidade de avaliação de acordo com seus princípios e diretrizes⁽⁸⁾, especialmente no tocante à saúde da criança, que requer processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de compreender de que forma e em que medida as ações e os princípios da APS são direcionados à população infantil⁽⁹⁾.

Nesse contexto, definiu-se, então, como questão de pesquisa “o atributo integralidade está presente e na extensão esperada na atenção à saúde da criança em serviços da Estratégia Saúde da Família?” O estudo objetivou avaliar a presença e extensão do atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da Estratégia Saúde da Família.

■ METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto multicêntrico intitulado “Avaliação da Efetividade da Atenção Primária em Saúde da Criança”, realizado concomitantemente em dois municípios do estado do Paraná, e um município do estado da Paraíba. Neste recorte, apresentou-se os dados relativos a pesquisa de um dos atributos investigados na Paraíba.

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal de abordagem quantitativa realizado em todas as unidades de um dos Distritos Sanitários (DS) de um município de grande porte do estado da Paraíba. O referido DS possui uma população de 180.000 habitantes, 53 equipes de saúde e uma cobertura de atendimento à população de 90,5%. A escolha do referido DS deu-se em virtude de ser ele o maior dos distritos da rede de atenção básica da cidade que é composta por cinco DS.

A população do estudo foi composta de familiares cuidadores de crianças de zero a dez anos de idade, atendidas nas USF do DS em estudo. O cálculo da amostra foi realizado a partir de pesquisa junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o levantamento do número de atendimentos dessas crianças, no período de seis meses anteriores à data prevista para coleta de dados. O número obtido nesse período foi de 21.486 crianças. Assim, a amostra foi estimada por amostragem probabilística simples estratificada, com partilha proporcional do número de crianças atendidas por USF resultando em um total de 343 participantes. Adotou-se uma margem de erro de 5%, com intervalo de confiança de 95%. Foram entrevistados 344 familiares de crianças.

Definiu-se como critérios de inclusão: ser familiar e principal cuidador da criança, morador da região urbana e de abrangência das USF, com capacidade de entendimento, expressão e compreensão das questões, conhecedor da unidade, portanto incluiu-se apenas familiar que levou a criança para atendimento por, pelo menos, duas vezes anteriores à data da entrevista, e que estava aguardando atendimento; e como critério de exclusão: familiares cuidadores com uso esporádico da unidade de saúde, para finalidades específicas, como imunização, por exemplo, mas não utilizavam o serviço como um todo. Foram excluídas crianças que haviam sido levadas somente uma vez ao serviço avaliado.

A coleta de dados aconteceu nas salas de espera das 53 USF que compõem o DS. Para seleção dos participantes, utilizou-se uma abordagem sistemática na fila de espera para consulta médica ou de enfermagem. Iniciou-se convidando o último usuário da fila de espera para o atendimento

e, caso esse não aceitasse, o imediatamente anterior, e assim sucessivamente.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro/2012 a fevereiro/2013, utilizando o *Primary Care Assessment Tool* ou Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool – Brasil na versão criança, instrumento validado e publicado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Este possui um total de 55 questões, sendo que 3 aferem o grau de afiliação do usuário ao serviço e 52 questões avaliam os atributos da APS. Para fins deste estudo, foram analisadas as 14 questões que permitem avaliar o atributo integralidade. Este atributo é contemplado, no PCATool-versão criança, em dois momentos distintos, a saber: no âmbito dos ‘serviços disponíveis’, item ‘G’ do instrumento (nove questões) e ‘serviços prestados’, item ‘H’ do instrumento (cinco questões)⁽¹⁰⁾. O instrumento possibilita a construção de escores para cada atributo, por meio de respostas do tipo Likert, com intervalos que variam de 1 a 4.

Ressalta-se que para avaliação de cada atributo essencial, a exemplo da integralidade, o instrumento avalia aspectos relativos à estrutura, que corresponde aquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferta dos serviços; e processo, conjunto de atividades e procedimentos empregados no manejo dos recursos, conforme o modelo sistêmico de avaliação dos serviços de saúde⁽¹¹⁾, adotado como referencial teórico metodológico deste estudo.

Dados sobre as características demográficas e socioeconômicas da família foram obtidos por meio de instrumento especificamente elaborado para este fim, o qual contemplou informações como o tipo de moradia, estado civil dos pais da criança, profissão, renda familiar, número de filhos por família e anos de estudo do principal cuidador.

O escore para o atributo integralidade foi calculado pela média dos valores das respostas de cada questão, conforme estabelecido pelo manual do instrumento PCATool⁽¹⁰⁾. Em seguida, o escore obtido foi transformado em uma escala de 0 a 10 conforme segue: $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/3$. Foram considerados valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e valores $< 6,6$ foram considerados baixos ou insatisfatórios, pois indicam a presença adequada ou não do atributo avaliado, respectivamente, e, portanto, reflete a qualidade da atenção ofertada pelo serviço⁽¹⁰⁾. Os dados foram processados empregando-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows versão 21.0. A análise se deu por meio da estatística descritiva e exploratória dos dados, seguindo as orientações do Manual do instrumento PCATool-Brasil⁽¹⁰⁾, para o cálculo dos escores para o atributo integralidade. Os dados foram apresentados por meio da média, erro padrão, valores

mínimo e máximo de cada questão que compõe a avaliação do atributo integralidade.

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº 044/2012. Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

■ RESULTADOS

Foram entrevistados 344 familiares de crianças atendidas na APS em João Pessoa-PB. As características socioeconômicas dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. A maior parte das crianças pertence a famílias com rendas de um a dois salários mínimos, cujo principal cuidador é a mãe da criança, donas de casa, residentes, na maioria das vezes, em casa própria, com 10 a 14 anos completos de estudos.

Os valores dos escores por componente do atributo Integralidade no âmbito dos serviços disponíveis, dimensão estrutural do atributo, foram apresentados na Tabela 2. Observou-se que a maior parte dos indicadores avaliados não alcançou o ponto de corte estabelecido para esta pesquisa ($\geq 6,6$). Destacam-se os baixos valores obtidos na avaliação dos indicadores 'disponibilidade de programas de suplementação nutricional', 'tratamento para o uso prejudicial de drogas', 'aconselhamento para problemas de saúde mental', 'disponibilidade de suturas para cortes', 'aconselhamento e solicitação de Teste Anti-HIV' e 'avaliação para identificação de problemas visuais', demonstrando que estes serviços e/ou orientações não estão sendo ofertados ou referenciados de maneira adequada nos serviços de APS avaliados.

O escore médio dos indicadores avaliados no âmbito dos serviços disponíveis também se apresentou abaixo do ponto de corte (5,3) revelando que a dimensão estrutural do atributo integralidade está insatisfatória, isto é, o serviço ainda não tem estrutura suficiente para ofertar a integralidade da atenção em todas as suas dimensões.

A Tabela 3 mostra os valores dos escores relacionados ao atributo Integralidade no âmbito dos serviços prestados, dimensão processual do atributo, que tem relação com o tipo de atenção à saúde proporcionada, refletindo aspectos relacionais entre profissionais e usuários. Apenas um dos indicadores avaliados obteve valor satisfatório ($\geq 6,6$) 'orientações para manter a criança saudável', alcançando o valor de 7,6. Os demais indicadores avaliados se apresentaram insatisfatórios.

O baixo valor dos indicadores no âmbito dos serviços prestados refletiu-se no escore médio do atributo que,

semelhantemente à dimensão estrutural, encontra-se insatisfatório. Tem-se, portanto a constatação da inadequação de aspectos de estrutura e processo para a oferta da integralidade da atenção à saúde da criança nos serviços de APS avaliados, visto que os escores médios da integralidade – serviços disponíveis e serviços prestados

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos participantes do estudo, João Pessoa, PB, 2013

Variáveis	N	%
Principal cuidador da criança		
Mãe	313	90,99
Avó	14	4,06
Tia	09	2,62
Outros	08	2,33
Número de filhos por família		
Um	156	45,35
Dois	115	33,43
Três	44	12,79
Quatro ou mais	29	8,43
Estado civil dos pais		
União estável	167	48,55
Casada	108	31,40
Mãe solteira	47	13,66
Outros	22	6,39
Anos de estudos do principal cuidador		
15 anos ou mais de estudo	16	4,65
10 a 14 anos de estudo	174	50,58
05 a 09 anos de estudo	114	33,14
0 a 04 anos de estudo	39	11,34
Não sabe informar	01	0,29
Renda familiar		
Menos que um salário mínimo	42	12,21
Um salário mínimo	159	46,22
Dois salários mínimos	91	26,45
Três salários mínimos ou mais	50	14,54
Não sabe informar	02	0,58
Residência/ moradia		
Casa própria	186	54,07
Casa alugada	121	35,17
Casa cedida	37	10,76

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 2 – Valores médios, respectivos erro-padrão, valores mínimo e máximo para cada item que compõe o atributo Integralidade – Serviços Disponíveis, João Pessoa, PB, Brasil, 2013

Indicador	Média	EP*	Min.**	Máx.***
Disponibilidade de vacinas	9,3	0,04	1	4
Disponibilidade de programas de assistência social	7,66	0,1	1	4
Disponibilidade de planejamento familiar	9,0	0,1	1	4
Disponibilidade de programas de suplementação nutricional	3,3	0,1	1	4
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas	3,3	0,1	1	4
Aconselhamento para problemas de saúde mental	3,6	0,1	1	4
Disponibilidade de sutura de cortes que necessitem de pontos	3,0	0,1	1	4
Aconselhamento e solicitação de teste Anti-HIV	5,6	0,1	1	4
Acesso a algum tipo de avaliação para identificação de problemas visuais	2,6	0,1	1	4
Escore médio	5,2	0,03	1	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

* Erro-padrão; ** Valor mínimo; *** Valor máximo.

Tabela 3 – Valores médios, respectivos erro-padrão, valores mínimo e máximo para cada item que compõe o atributo Integralidade – Serviços Prestados, João Pessoa, PB, Brasil, 2013

Indicador	Média	EP*	Min.**	Máx.***
Orientações para manter criança saudável, como boa higiene e alimentação saudável	7,6	0,1	1	4
Orientações relativas a segurança no lar	5,3	0,1	1	4
Abordagem de mudanças relativas ao crescimento e desenvolvimento da criança	5,6	0,1	1	4
Orientações sobre problemas de comportamento da criança	3,3	0,1	1	4
Orientações para manter criança segura e evitar acidentes domésticos	4,6	0,1	1	4
Escore médio	5,4	0,1	1	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

* Erro-padrão; ** Valor mínimo; *** Valor máximo.

obtiveram, respectivamente, os valores médios de 5,2 e 5,4. Ressalta-se, ainda, que os valores médios encontrados refletem bem o resultado, dado que os valores dos respectivos erro padrão (EP±0,03 e EP±0,1) são pequenos em relação à média.

■ DISCUSSÃO

A utilização de um instrumento validado permitiu a avaliação da presença e extensão da integralidade na atenção à saúde da criança a partir da visão dos usuários dos serviços. A análise de cada questão que compõe as dimensões da integralidade permitiu identificar aspectos

específicos que requerem mudanças ou reestruturações nos serviços avaliados.

Esse atributo exige que a APS reconheça de forma adequada as mais diversas necessidades relacionadas à saúde da criança e sua família e disponha recursos para abordá-las. Entretanto, evidenciou-se que a forma de produção do cuidado à criança na APS ainda se distancia do almejado cuidado integral, semelhante a achados de outros estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Quanto à dimensão dos serviços disponíveis (Tabela 2), que representa o elenco de ações ofertadas pelo serviço de saúde, de forma a disponibilizar recursos para atender amplamente as necessidades de saúde relacionadas à população sob sua responsabilidade, somente três dos nove

indicadores avaliados encontraram-se satisfatórios, a saber, 'disponibilidade de vacinas', 'programas de assistência social' e 'planejamento familiar', mostrando que a extensão desses serviços encontra-se adequada para o atendimento das necessidades da população.

O Programa Nacional de Imunização vem sendo reconhecido como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças imunopreveníveis nas últimas décadas e, neste estudo, foi o item melhor avaliado no âmbito dos serviços disponíveis no contexto da APS.

Ademais, na última década, o Brasil avançou em aspectos relativos à assistência social, com destaque para alguns programas de redistribuição de renda a exemplo dos programas '*Bolsa Escola*' e '*Bolsa Família*', cujos objetivos em longo prazo incluem possibilidades de rompimento com o ciclo de pobreza⁽¹⁵⁾. Esses programas têm estreita relação com as condições de saúde das crianças, já que preveem formas de acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, as quais devem estar acessíveis no contexto de APS. Entende-se que os familiares, ao responderem a esse questionamento, demonstraram ter conhecimento da relação entre os programas assistenciais e o acompanhamento de saúde da criança nos serviços avaliados. O planejamento familiar também mostrou extensão adequada nos serviços, dado o conhecimento amplo da sua oferta pelos usuários, o que gerou alto escore na avaliação.

Contudo, as demais dimensões avaliadas no âmbito dos serviços disponíveis obtiveram baixos escores (< 6,6) conforme a tabela 2, o que conduziu à média abaixo do ponto de corte estabelecido. Foi evidenciada a carência de 'programas de suplementação nutricional', fato que compromete a promoção e proteção da saúde, pois faz parte dos itens fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil.

A ineficiência ou ausência da suplementação nutricional enfraquece o enfrentamento de problemas como infecções, desnutrição, doenças crônicas e de fatores de risco como sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada⁽¹⁶⁾.

Outros itens considerados insatisfatórios na tabela 2 são 'aconselhamento e tratamento para o uso prejudicial de drogas' e 'aconselhamento para problemas de saúde mental', com médias 3,3 e 3,6, respectivamente. Esse resultado evidencia a ausência de abordagens na APS que favoreçam o enfrentamento de condições que impactam severamente o contexto familiar, como o uso de drogas e problemas de saúde mental.

Há, portanto a necessidade de desenvolver estratégias nos serviços de saúde que contemplem problemas em crescimento no Brasil, como o uso de drogas, especialmente entre crianças e adolescentes, pois embora os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS sejam referência para esse atendimento, não se concebe que o serviço que se constitui a porta de entrada do usuário na rede de atenção à saúde careça de uma abordagem adequada para o acolhimento dessas condições, pois os serviços de Atenção Básica também compõem a Rede de Atenção Psicossocial e são indispensáveis ao seu adequado funcionamento.

Portanto, a incorporação de aspectos psicossociais na prática cotidiana da atenção básica possibilitará a ampliação do conceito saúde-doença e abrirá caminho para a inclusão de abordagens relativas à saúde mental infantil⁽¹⁷⁾, ampliando horizontes para a construção de um atendimento integral.

Outros aspectos avaliados no contexto dos serviços disponíveis (Tabela 2) contemplaram 'disponibilidade de suturas para cortes', 'acesso a identificação de problemas visuais' e 'aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV', todos apresentaram escores insatisfatórios. É fato que no contexto da APS no município em estudo não há oferta de suturas para cortes, visto que esse atendimento é referenciado para Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviços especializados ou hospitalares, serviços responsáveis por responder a essa demanda.

Quanto aos problemas visuais da criança, a APS deve abordá-los no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE), o qual prevê atividades em parceria com a equipe da atenção básica para avaliação da acuidade visual das crianças identificando aquelas com problemas visuais. Nesse estudo, porém não houve conhecimentos dos usuários a respeito da existência de atividades voltadas a avaliação visual das crianças na atenção básica.

Entende-se que a APS de qualidade não pode se eximir de seu dever de coordenar a atenção à saúde, isto é, fazer a articulação entre os distintos níveis, mantendo a continuidade do cuidado para evitar a fragmentação e alcançar a atenção integral e integrada. Percebe-se que sem coordenação a integralidade fica inviabilizada.

Reconhece-se também a necessidade de abordar aspectos relativos à educação em saúde para crianças, no contexto da atenção básica, visando o alcance da integralidade. Para essa finalidade o PSE constitui uma política intersetorial que articula a rede de atenção básica à saúde às escolas visando atingir saúde e educação integral. Contudo, estudo⁽¹⁸⁾ aponta para a persistência de iniciativas ainda centradas na doença com foco das ações de triagem e pre-

venção nas escolas, o que reflete uma compreensão ainda limitada da promoção à saúde da criança.

Nesse contexto, um olhar ampliado para a integralidade em seu componente estrutural, serviços disponíveis, revelou os desafios a serem enfrentados pela APS. Dentre eles, a criação e fortalecimento de espaços para promoção da saúde infantil, com abordagens voltadas para uso de drogas e problemas de saúde mental e o fortalecimento do poder coordenador desse âmbito de atenção, garantindo a continuidade do cuidado mesmo que a demanda não possa ser resolvida na atenção básica.

A segunda dimensão do atributo estudado se refere aos serviços prestados (Tabela 3), e diz respeito ao aspecto processual do atributo, isto é, que tem relação com a forma de produzir o cuidado, como a atenção é ofertada ao usuário. Nesse sentido, os indicadores mensuram a postura dos profissionais de saúde que atendem à criança, questionando o familiar quanto às orientações recebidas durante as consultas da criança.

Dos cinco indicadores avaliados na tabela 3, apenas um se apresentou satisfatório, 'orientações para manter a criança saudável', esta questão avaliou se o profissional tratava de aspectos relativos à boa higiene, alimentação saudável e sono adequado. O alto escore obtido revela que esses aspectos são abordados quase sempre pelos profissionais de saúde.

Todavia, ao analisar os demais indicadores do atributo, 'orientações relativas à segurança no lar', 'mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança', 'orientações sobre problemas de comportamento' e 'orientações para evitar acidentes domésticos' todos com escores insatisfatórios, abaixo do ponto de corte ($< 6,6$), evidencia-se a deficiência dessas orientações associada à presença exclusiva de orientações relativas à 'criança saudável'. Essa direcionalidade na organização do serviço reforça a ideia que o foco da atenção está na doença, cuja lógica de trabalho ainda é pautada na dicotomia 'saúde-doença', predominando o modelo biologicista, incapaz de atender integralmente às necessidades de saúde da criança e sua família.

A forma de produzir o cuidado no contexto dos serviços de APS avaliados carece da compreensão que o desenvolvimento saudável da criança sofre influências não somente dos fatores biológicos, mas também do meio social e familiar⁽¹⁸⁾. A integralidade enquanto princípio a ser defendido nas práticas dos profissionais de saúde, remete necessariamente a compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam por outros setores que não só a saúde⁽¹⁴⁾.

Ressalta-se que os achados relativos ao atributo integralidade na atenção à saúde da criança nesta pesquisa corroboram outros estudos^(12,19) realizados também no

contexto da atenção básica. Portanto, essa forma de produzir cuidado à criança, distanciando-se da atenção integral, deixa esse grupo em situação de vulnerabilidade, visto que não há espaço para relações terapêuticas consistentes, ações de promoção à saúde não são assimiladas. As intervenções se pautam na queixa-conduta, produzindo-se um cuidado fragmentado e desigual.

Na perspectiva da integralidade, faz-se necessário atribuir valor ao cuidado. Trata-se de uma "atitude cuidadora que envolve o assistir ou o tratar segundo os parâmetros do acolher e do respeitar, uma prática que se traduz em atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade e continuidade da atenção", o que aponta para condições concretas que permitam o diálogo, vínculo e solidariedade^(4,14).

Há, portanto, uma contradição entre a prática cotidiana dos profissionais de saúde nos serviços e os atributos/princípios da APS, requerendo mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde, pois uma prática de trabalho não alienada e tendo as crianças e suas famílias como protagonistas do processo de cuidado fazem parte do desafio a ser assumido pela APS⁽²⁰⁾.

A melhoria dos serviços de APS e do cuidado à criança nesse âmbito de atenção ainda é um desafio, apesar dos avanços na extensão e cobertura dos serviços de atenção básica. São reconhecidas dificuldades estruturais na oferta do atributo integralidade, como evidenciou este estudo, mostrando inadequação dos serviços disponíveis e prestados à criança e sua família.

Outros estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾ apontaram problemas políticos e gerenciais como a insuficiência de recursos, a falta de insumos, a inadequação da estrutura física dos serviços, a ausência de articulação entre os diferentes profissionais da equipe e de instituições, o que somado produz um cuidado parcelar.

Pensar em integralidade como atributo central da APS é oportuno e foco de preocupação. Dotar os serviços de estrutura adequada e capacitar os profissionais de saúde, articulando um processo de trabalho capaz de alcançar a integralidade deve ser o caminho para construção de políticas voltadas à saúde da criança na atenção básica. Além disso, é preciso aperfeiçoar e institucionalizar os mecanismos de avaliação dos atributos da APS, dentre eles a integralidade visando sua efetivação na prática cotidiana dos serviços.

■ CONCLUSÃO

Conclui-se que o atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da APS apresenta fragilida-

des nas duas dimensões mensuradas, serviços disponíveis e prestados, evidenciando que o cuidado se dá de forma fragmentada e não integral.

Os baixos escores obtidos revelam que o atributo não está presente na extensão esperada para um serviço de APS e apontam para os aspectos que requerem mudanças. É preciso incorporar aos serviços práticas que contemplem o tema da nutrição na infância, abordagens adequadas para o uso prejudicial de drogas e problemas de saúde mental, crescimento e desenvolvimento da criança em seu contexto social e segurança no lar.

Registra-se que este estudo apresentou a visão do usuário dos serviços de saúde havendo, contudo, outros atores envolvidos na produção da saúde, a exemplo de profissionais e gestores que também devem ter suas percepções avaliadas na produção do conhecimento, abrindo-se assim espaço para novos estudos referentes à temática em questão. Ademais, esta é uma pesquisa avaliativa transversal, sujeita a limitações próprias desse tipo de delineamento.

Os resultados aqui discutidos trazem importantes implicações para mudanças no contexto dos serviços de APS na atenção à criança e também para a elaboração de políticas públicas de saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA, Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(11):4407-15.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
3. Pinheiro R, Mattos RA, Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis: Rev Saude Colet.* 2002;12(1):179-203.
4. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(1):263-71.
5. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):30-6.
6. Machado MLP, Oliveira DLLC, Manica ST. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para prática da integralidade em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(4):53-60.
7. Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MPM. Integralidade no ensino da saúde da criança na graduação em enfermagem: perspectiva de docentes. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):112-8.
8. Tanaka OY, Tamaki EM, O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde *Ciênc Saude Colet.* 2012;17(4):821-8.
9. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(7):3229-40.
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brasil. Brasília, DF; 2010.
11. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor: Health Administration Press;* 1980.
12. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20(1):263-71.
13. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(11):4415-23.
14. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):701-7.
15. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights.* 2014 [cited 2015 Apr 15];14:10. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1772-698X/14/10>.
16. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Rev Nutr.* 2011;24(6):809-24.
17. Tszesnioski LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Facundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(2):363-70.
18. Monteiro AI, Lima YN, Santos ADB, Teixeira GB, Macêdo IP. Humanização no atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. *Rev RENE.* 2012;13(4): 724-33.
19. Oliveira MAC, Pereira IC, Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(n. esp.):158-64.
20. Araújo JP, Viera CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(5):440-6.

■ Autor correspondente:

Simone Soares Damasceno
E-mail: simonedamasceno@gmail.com

Recebido: 13.07.2015

Aprovado: 19.09.2016